

CA20N
XC 21
-2005
LS7

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

Government
Publications

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LONG-TERM CARE FACILITIES ACTIVITY (Section 4.04, 2004 Annual Report of the Provincial Auditor)

2nd Session, 38th Parliament
54 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Long-term care facilities activity (Section 4.04, 2004 Annual report of the Provincial Auditor)

Text in English and French with French text on inverted pages.

Title on added t.p.: Établissements de soins de longue durée (Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 4.04)

ISBN 0-7794-9181-5

1. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care—Evaluation. 2. Long-term care facilities—Ontario—Evaluation. I. Title. II. Title: Établissements de soins de longue durée (Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 4.04)

RA998.C2 O56 2005

353.6'8'09713

C2005-964013-8E



Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Michael A. Brown, MPP,
Speaker of the Legislative Assembly.

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman Sterling, MPP,
Chair.

Queen's Park
November 2005

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd SESSION 38th PARLIAMENT

NORMAN STERLING
Chair

JULIA MUNRO
Vice-Chair

LAUREL BROTEN

RICHARD PATTEN

JIM FLAHERTY

LIZ SANDALS


SHELLEY MARTEL

DAVID ZIMMER

BILL MAURO

Susan Sourial
Clerk of the Committee

Elaine Campbell
Research Officer



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761114681968>

CONTENTS

PREAMBLE	1
Ministry Response to Committee Report	1
1. OVERVIEW	1
2. MONITORING QUALITY OF CARE	2
2.1 Annual Inspections	2
3. PER DIEM FUNDING	5
3.1 Level of Care Classifications	5
3.2 Reasonableness of Per Diem Funding	7
4. THE LONG-TERM CARE REDEVELOPMENT PROJECT	11
4.1 Supply of Long-Term Care Beds	11
5. COMMITTEE RECOMMENDATIONS	13
NOTES	15

PREAMBLE

The Auditor General (the Auditor)* reported on a follow-up to a 2002 audit of the Long-Term Care Facilities Activity in Section 4.04 of his *2004 Annual Report*. The Standing Committee on Public Accounts held hearings on this follow-up on May 5, 2005, with representation from the Ministry of Health and Long-Term Care.

This report contains the Committee's findings and recommendations as they relate to those areas of particular interest to Committee members. *Hansard*, the official record of the hearings, should be consulted for the complete proceedings.

The Committee extends its appreciation to officials from the Ministry for their attendance at the hearings. The Committee also acknowledges the assistance provided during the hearings by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff of the Legislative Library's Research and Information Services Branch.

The Committee held hearings in February 2003 and issued a report in July 2003 on the audit report on the Long-Term Care Facilities Activity that appeared in Section 3.04 of the Auditor's *2002 Annual Report*.

The words 'facilities' and 'homes' both appear throughout this report. The former was the term most commonly used by the Ministry of Health and Long-Term Care prior to late 2003. The latter has been employed by the Ministry in the time since.

Ministry Response to Committee Report

The Committee requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with a written response within 120 calendar days of the tabling of this report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

1. OVERVIEW¹

Long-term care homes provide care and services to those who are unable to live independently and require round-the-clock nursing services. They operate under the authority of the *Nursing Homes Act*, the *Homes for the Aged and Rest Homes Act*, and the *Charitable Institutions Act*, which, along with their regulations, specify admission and resident care requirements, residents' rights, home responsibilities, and Ministry obligations. Rest and retirement homes do not receive Ministry funding and are not covered by these Acts.

Admissions are arranged by designated placement co-ordinators through local community care access centres (CCACs). Eligibility for admission is determined

* Formerly the Provincial Auditor.

by an assessment of impairment or capacity, and an assessment of information related to requirements for medical treatment, health care or other personal care.

The Ministry's key responsibility is to ensure that homes deliver services in accordance with their service agreements with the Ministry, and in compliance with applicable legislation and policies.

In 1998, the government announced an eight-year plan to provide 20,000 new long-term care beds and to renovate non-compliant homes containing 13,583 beds. In March 1999, it announced that the new beds would be completed by 2004. The number of beds to be renovated by 2006 was later revised to 15,835. In early 2000, a Long-Term Care Redevelopment Project office was established to take over responsibility for the plan. (In 1998, the province had 57,000 long-term care beds. At the time of the hearings, there were 74,000.²)

Funding is provided through three per diem/funding envelopes: nursing and personal care; program and support services; and other accommodation costs, including raw food.³ The daily rate for each is set by regulation. Per diems are the same for all homes, except for the nursing and personal care rate, which is based on an assessed level of care for each resident. A co-payment for accommodation and food is made by each resident, with assistance being provided if necessary.

The 2004 provincial budget made an overall investment of about \$2.5 billion for the care of residents in long-term care homes. (Spending increased by \$1 billion between 2001 and 2004.) After the budget, an additional \$191 million was invested over a two-year period (2004/05 and 2005/06) in enhanced care funding and improved services.⁴

2. MONITORING QUALITY OF CARE⁵

The primary tool for monitoring quality of care is the Compliance Management Program (CMP). Under the terms of the CMP, the Ministry is to conduct annual inspections of all facilities, conduct other inspections as required by specialists, and investigate complaints.

Regional offices are responsible for the CMP. Each is staffed by a long-term care manager and compliance advisors (Registered Nurses - RNs). Some also have an advisor(s) to handle more specialized reviews. Compliance advisors inspect facilities to ensure compliance with the Ministry's *Long-Term Care Facility Program Manual*. Facilities that fail to meet these requirements must take appropriate and timely corrective action. A facility can be put under enforcement if standards continue to be unmet.⁶

2.1 Annual Inspections

Committee's 2003 Report⁷

The three long-term care facilities statutes give the Ministry the right to inspect facilities to ensure compliance with legislation and regulations, service

agreements and/or licences. Ministry policy says reviews will be conducted at least once a year. The annual inspection monitors and evaluates the quality of resident care and services, the quality of programs, and the overall operation of each facility. Its results are to be posted in each facility.

Fewer than half of the facilities were inspected annually between 1997 and 1999. In 2000, it was announced that all facilities would be inspected on a yearly basis. All were inspected in 2001. Audit staff reviewed the inspection process and noted that senior management did not routinely review inspection findings.

Audit staff also noted that the Ministry lacked a formalized risk-assessment approach for prioritizing inspection procedures or focusing on facilities with a history of failing to meet provincial quality standards. The two associations representing facility operators told audit staff that their members reported that compliance standards were not applied consistently.

Facilities may be notified up to a week in advance of an upcoming annual inspection. Some may use the time to prepare for the inspection, leading to results that may not reflect the ongoing care provided.

The Auditor recommended that the Ministry ensure senior management assesses the results of annual facility inspections, implement a formalized risk-assessment approach for its annual inspections, ensure consistency in the application of standards, establish acceptable notification periods and conduct surprise inspections of high-risk facilities, and evaluate the experience and skills required to inspect facility operations and ensure the appropriate mix of specialists is available.

Committee Hearings

The Ministry is being more thorough and consistent in how it monitors the progress of individual homes in meeting standards through the CMP. A full-time professional staff of 65 delivers the CMP at the regional level. This number has grown from 23 in 1998. (A corporate enforcement unit was created in February 2003.⁸) Senior management in regional offices assess inspection results for corrective and preventive actions where required.

The Ministry now conducts unannounced annual inspections of every home and follows up on all reported complaints or unusual occurrences. Since January 2004, over 4,000 inspections have been conducted, including annual inspections. (All annual inspections have been unannounced since this date.)

Seniors and families now have access to information about individual homes and their records of care through a link on the Ministry's web site.

The Ministry has initiated a redrafting process for care program and service standards to ensure consistent application in the inspection process. In the fall of 2004, all compliance and enforcement staff received training based on the proposed standards. New legislation governing all long-term care homes is to be

introduced later in 2005. The intention is to have the legislation incorporate these standards.

To reinforce a consistent approach to inspections and to strengthen the tools available to compliance teams, the Ministry organizes annual compliance education sessions.⁹

Risk Management Framework

Much work has been undertaken on a risk management framework that will be finalized in the near future. The goal of the framework is to use the information received and recorded to focus and expedite inspections. The framework will identify risk indicators and use that information to correct problems and look at more systematic policies or standards to reduce risk.¹⁰ Committee members were told that the framework is used in other sectors of health care to ensure that standards in quality of care are maintained at the highest level possible.¹¹

Supplementary Information

In its development of the risk management framework, the Ministry has conducted surveys of practices in other provinces to identify which risk indicators are being used, how they are used in inspection and data collection processes, and whether risk adjustment or weighting factors are being applied.

The Ministry is also examining a common assessment and quality indicator tracking methodology known as the Minimum Data Set (MDS). The MDS is in use in over 20 jurisdictions and has a strong basis in clinical research and evidence-based practice. In addition, the Ministry has consulted with the American federal government's Veteran's Administration, a leader in applying key quality of care indicators.¹²

Committee Recommendation

During the Committee's hearings on Section 3.04, the Long-Term Care Facilities Activity, of the Auditor's *2002 Annual Report*, Ministry of Health and Long-Term Care staff reported that the Ministry was considering moving to the Minimum Data Set (MDS). The MDS was described as a more modern instrument that would provide "some data that the Ministry does not have at present."¹³ Two years later, the Ministry continues to examine the MDS.

The Committee therefore recommends that:

- 1. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with the status of its examination of the Minimum Data Set (MDS) as a consistent assessment and quality indicator, and when it expects to make a decision about the possible implementation of the MDS.**

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 30 days of the tabling of this report in the Legislature.

3. PER DIEM FUNDING

3.1 Level of Care Classifications

Auditor's 2002 Annual Report¹⁴

Level-of-care classifications are determined through an annual classification assessment of residents at each facility. Assessors review resident charts and plans of care. Residents are classified into one of seven nursing and personal care categories. Each category is assigned an established weight based on assessed resident needs. The percentage of residents in each category is multiplied by weighting factors to determine a facility's case-mix measure (CMM). The ratio of the facility's CMM to the provincial average produces a case-mix index (CMI), which is multiplied by a set per diem rate to determine the funding a facility will receive per resident.

A decrease in a facility's CMM affects its nursing and personal care per diem. A facility can appeal its classification if its measure decreases by more than 7% from the previous year. Annual audits were introduced in 1997. They verify the level-of-care classification at a sample of facilities. The audits initially involve the reassessment of a minimum of 20 residents and are based on documented care and direct observation. If the measure for those residents exceeds their annual classification by more than 10%, a full audit is conducted on all individuals resident in the facility when the annual classification was completed.

According to Ministry policy, if the full audit verifies that the documented and observed care have changed by more than 10% from the annual classification, the Ministry will consider increasing or decreasing funding. A December 2000 Ministry memorandum to all regional offices noted that since the audit and appeals process began, the policy to decrease funding had not been applied where warranted.

Seminars are offered by the Ministry to help facilities improve their documentation of resident care needs. Those facilities that, based on the audits, the Ministry knows or strongly suspects are misrepresenting resident needs are not penalized.

The Auditor recommended that the Ministry adjust funding where warranted as a result of any level-of-care classification audit in accordance with its policy.

Committee Hearings

The Ministry has a process dedicated to appealing the results of level-of-care classification audits. A policy has been in place whereby funding is adjusted upward or downward, where warranted, as a result of the audits, since April 2003.¹⁵

Classification Process

The classification instrument used by the Ministry, the Alberta Residential Classification system, was introduced in the early 1990s. It is employed by about 150 trained nurses who conduct assessments each fall.

Assessors look at key indicators (e.g., the ability to cope, the ability to deal with activities of daily living) and then derive a level-of-need index. Based on the index, they determine the category in which a resident belongs (A through G). A home's resident population is then averaged and compared with provincial measures.

The previously mentioned MDS will provide a better grounding in the clinical information presented by residents. More information is needed to refine this level-of-care approach and include aspects of resident care which the current tool does not adequately reflect.¹⁶

Supplementary Information

The classification of residents is not based on their diagnosis, but rather on their care needs in three areas: activities of daily living; behaviours of daily living; and continuing care levels (continence levels).

Depending on their care needs, a resident can be placed in any category from A to G, 'A' being light care and 'G' being heavy care. The nursing and personal care per diem for a home is determined by the proportionate total of residents in each classification category, multiplied by category weights and divided by the number of residents classified in the home. Weights vary from 30.92 for category A to 160.21 for category G. The greater the proportion of residents in a heavier care classification, the greater the home's proportionate funding for the nursing and personal care per diem.

Over 64,000 residents were classified in the fall 2004 classification. This number represents almost the entire LTC population in homes. The only exceptions were newly admitted residents or those in homes opened between classifications.

The coding of resident care needs is performed by RNs and Registered Practical Nurses retained by the Ministry from the LTC sector for the three month classification period. They review a variety of materials to determine residents' nursing and personal care needs. A range of documented behaviours are included in this review (e.g., language barriers, memory and orientation, paranoia, wandering).

The classification establishes case-mix measures (CMMs) for both documented and observed care. The CMM for a home reflects the care levels of all its residents. Since the case-mix index (CMI) is a relative number, a home with average care levels will have a CMI of 100.¹⁷

Funding Levels

The Committee asked for the range of funding available for a level A resident as opposed to that for a level G resident. According to Ministry staff, the CMI is based on a home's population and its situation relative to other homes; they were unable to connect it to an individual resident.¹⁸

Supplementary Information

Following the hearings, the Committee learned that as per the 2004 classification results, the current per diem range for the nursing and personal care envelope is \$22.71 to \$117.68. Aggregated, the average for the nursing and personal care envelope is \$67.27, as of April 1, 2005.¹⁹

Specialized Populations

When asked if there are homes that tend to specialize in specific levels of care, Ministry staff replied that there is no purposeful segregation of residents. Some may have speciality areas (e.g., mental health). Others have separate units to deal with patients of like type. Similarly, patients who are bedridden and require a certain type of nursing care may be grouped in different parts of the home to provide more consistent nursing care. While there are no situations where 50% or 100% of a home's population is one kind of care versus another, the Ministry is looking at how homes are dealing with specialized population needs so that it can guide others in the future.²⁰

3.2 Reasonableness of Per Diem Funding

Committee's 2003 Report²¹

In 1995, the Auditor recommended that the Ministry use information on the cost of providing care and accommodation to verify the accuracy of the standard rates paid in each envelope. Periodic adjustments have been made, but the Ministry has not done a detailed analysis to determine an appropriate amount of funding.

In June 2000, the Ministry established a committee to review how funding was determined, allocated and distributed, and to recommend improvements to the per-diem-based methodology. The committee recommended increases in each envelope, but did not discuss funding adequacy.

For the two years previous to the audit, the Ministry produced reports that listed the actual amount spent per resident per day for each type of expense and for each funding envelope for each facility. Cost data is accumulated by sector within each region. Audit staff reviewed the 1999 reports for the three regions visited and noted large variances among the sectors and among facilities in expenditures for nursing and personal care, and in accommodation expenses.

In 1995 the Auditor recommended the development of standards to measure the efficiency of facilities in providing quality care, and the development of models for staff mixes for providing nursing and personal care to arrive at appropriate funding levels. Prior to 1996, the Ministry required each facility to have an RN on

duty and on site at all times. It guaranteed, as a minimum, sufficient funding to ensure that each nursing home resident received, on average, a minimum of 2.25 hours of nursing and personal care per day. This funding was to be provided regardless of the overall care needs of residents in each nursing home.

In 2001 the Ministry provided funding for PricewaterhouseCoopers to compare and review the level of services provided to residents of Ontario's facilities and those provided in other jurisdictions in Canada, the U.S., Europe, and Ontario's chronic care facilities. The report considered only the amount of care provided. Data for many of the comparative jurisdictions predated the Ontario data by three to five years. Several of those jurisdictions were required to submit the data for funding purposes, which the consultants thought might influence data quality. Even with these caveats, the report stated that the study results indicated that residents of Ontario facilities received fewer nursing and therapy services than similar jurisdictions with similar populations. Ontario residents also had some significant differences in terms of their levels of depression, cognitive levels and behavioural problems.

The audit found no evidence that the Ministry had addressed the study's results. It also noted that 36 U.S. states had established staffing requirements or standards. At the time of the audit, the Ministry did not have any staffing requirements and did not track facility staff-to-resident ratios, the number of RN-hours per resident or the mix of registered and non-registered nursing staff.

The Auditor recommended verifying the reasonableness of current standard rates for each funding category, developing standards to measure the efficiency of facilities providing services and developing appropriate facility staffing standards.

Committee Hearings

The development of staffing information began in 2004. The Ministry is in the process of strengthening the reporting requirements in service agreements. The 2004 service agreement introduced a provision that enables the Ministry to request that operators provide information regarding levels of service, staffing and any other matter relating to the operation of a home. In addition, during annual reviews and other inspections, compliance staff monitor and evaluate staffing patterns.

In 2005, the Ministry will be moving toward quarterly reporting on staffing for all operators.²² This process was described as the principal way to monitor compliance with service agreements. In April 2005, the Ministry received the results of its first survey requiring all homes to report actual nursing hours by category and expenditures over a period of time. The survey's results will lead to a baseline amount of nursing staff and hours provided. It covered the period from January 1, 2004 to June 30, 2004 and preceded funding that flowed to homes in October 2004.

A second survey had gone out for the following time period and was due by the end of May 2005. The results of the first survey were being analyzed at the time

of the hearings. About 40 homes were outstanding on the second survey. After that, the Ministry hopes to analyze the data and report, probably by mid-year. This process will become a routine reporting requirement.²³

Since 2003, the government has brought in regulations ensuring 24-hour, seven-day-a-week coverage by RNs in all homes and a minimum of two baths per week per resident.²⁴

A review of accountability requirements for the current program funding system is planned to resolve many of the complex issues faced by the sector. To enhance the Ministry's ability to assess resident care and staffing needs, and identify resource allocation requirements, it has initiated a project to explore the implementation of the MDS in long-term care homes.²⁵

Staffing and Legislation

When asked if they were examining such items as ratios of nurses or personal care workers to residents, and the efficacy of permanent as opposed to contract staff in terms of the new legislation, Ministry staff replied that those issues were under consideration. Reference was made to policy review processes on funding and care standards. Current work on staffing hours will establish a floor. Within a flexible range, the Ministry is moving toward being more definitive about staffing expectations.²⁶

Staffing Levels

In response to questioning, Ministry staff told the Committee that three factors have the potential to lead to the perception that staff numbers have been reduced in homes: a change in capacity; the funding formula (i.e., adjustments year to year); and occupancy. In the case of occupancy, the Ministry can freeze admissions as part of its enforcement function. This means both the number of residents and staff levels will fall.²⁷

Special Funding

The focus of the funding formula is the care needs of residents. It is not sensitive to the variety of differences that affect the cost structures of homes (e.g., age, size, unionized versus non-unionized staff). Increases year over year are meant to adjust for that.

Homes do receive pockets of special funding. One deals with labour legislation. In homes where pay equity has been a factor, the Ministry provides additional funding to recognize those pressures. Special amounts are also allowed for municipal taxes, recognizing some of the variability across the province.

Other pockets of funding deal with historical discrepancies, those instances where homes had a different cost structure (e.g., originally built as a chronic care facility). There were special transitional arrangements for some homes at the time of the hearings.²⁸

Allocations have also been made this year for level of care adjustments. Additional revenues to offset the costs of increased wages were partially accounted for in a separate allocation. The Ministry expects to see a substantial change in the number of nursing and personal care hours as a result of this allocation.²⁹

Nutrition

In response to questions about nutrition and the amount of funding available for raw food in the accommodation envelope, Ministry staff reported that the minimum amount to be spent on raw food is \$5.24 per day per resident. Over the past year, Ministry staff have been working on a draft regulation dealing with nutrition and hydration. (Other jurisdictions were examined in the course of this work.) This area was considered a priority as nutritional status underpins overall health status. The new regulation will appear in the fall as part of the Ministry's proposed regulatory and legislative package.³⁰

Supplementary Information

Following the hearings, the Ministry provided the Committee with a table showing average actual raw food per diems by type of home from 2001 to 2003. (The provincial average is weighted by the number of beds in each sector.³¹) Figures for 2004 were unavailable as the reconciliation for that year had not been completed. Those for 2003 are preliminary as the reconciliation for that year was still in progress.³²

TYPE OF FACILITY	2001	2002	2003
Charitable institution	\$5.58	\$5.55	\$5.90
Municipal home for the aged	\$5.40	\$5.53	\$5.74
Nursing home	\$4.69	\$4.81	\$5.15
PROVINCIAL	\$5.04	\$5.12	\$5.40

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

- 2. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the results of its first and second surveys of long-term care homes' actual nursing hours and what actions related to staffing, if any, it plans to take in response to those results.**

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 30 days of the tabling of this report in the Legislature.

4. THE LONG-TERM CARE REDEVELOPMENT PROJECT

4.1 Supply of Long-Term Care Beds

*Committee's 2003 Report*³³

The 1995 audit report noted that the Ministry did not have a strategy for dealing with the anticipated increase in demand for long-term care beds and no systemic plan to determine where beds were most needed.

In the fall of 1996, the Ministry established the Long-Term Care Bed Distribution and Needs Study Steering Committee to review ways to equitably distribute beds and to suggest policy or legislative changes to facilitate this distribution.

That committee's 1997 report noted that provincially funded and regulated beds had been inequitably distributed and that distribution had occurred more by accident than as a result of needs-based planning. It recommended further study and research to define a bed-planning target, and urged that its recommendations be considered in conjunction with long-term care recommendations from the Health Services Restructuring Commission (HSRC). The HSRC released a discussion paper in 1997 which reported that Ontario would need an additional 15,404 long-term care beds by 2003. This would result in an average bed ratio of 96.4 beds for every 1,000 individuals aged 75 and over.

In April 1998, Management Board of Cabinet approved in principle a Ministry plan requesting a total of 20,000 new beds to be built by the end of 2005/06 and the renovation of facilities with 13,583 existing beds that did not meet current structural requirements. Ministry staff told audit staff that although there was no Ministry standard for determining the need for beds, they were attempting to reach a target of 100 beds for every 1,000 individuals aged 75 and over. While the Ministry was unable to provide information on how it arrived at this target, it was consistent with the target recommended by the HSRC. The Auditor noted that future need was affected by many factors, including the availability of home care, chronic care and other services.

Based on the allocation of new beds, by 2006 the projected ratios across service areas are expected to range from 88 to 138 beds for every 1,000 individuals aged 75 and older. Without the new beds, projected ratios would have ranged from 38 to 138 beds for every 1,000 individuals aged 75 and over. Those areas most likely to exceed the target were generally above it before the allocation and were generally not awarded new beds.

The Auditor recommended that the Ministry conduct research to determine whether its target is appropriate and develop a strategy to address the results of the research.

Committee Hearings

The Ministry, particularly its Long-Term Care Planning and Renewal Branch, is conducting policy work on a long-term strategy for the long-term care sector. It is

looking into the full range of services available to seniors, including the potential use of alternative measures of need. This will include a review of community and home-based services as alternatives to long-term care home placement. This ongoing work will inform recommendations made for long-term care homes this fall.

The Ministry continues to implement key improvements. A significant component is the proposed new legislative framework: revitalized standards, public reporting, the risk framework, and the introduction of the MDS on care needs. Currently in the pilot phase for introduction, these key areas of reform will help improve the overall quality of life of residents.³⁴

Needs of Younger Clients

Some concern was expressed for the long-term care needs of younger clients, those under the age of 65. When asked if consideration was being given to homes for this demographic group, Ministry staff said the issue was not on their policy agenda at present but would probably arise in the future. Finding specialized accommodations in the form of LTC homes was considered a final option. As part of its review of the 100 beds per 1,000 population over the age of 75, the Ministry will probably examine the matter in order to develop a broader contextual understanding of the issues involved.³⁵

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

3. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with the current status of its review of the bed allocation ratio of 100 beds per 1,000 population over the age of 75.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

Alternative Levels of Care Strategy

A portion of the earlier mentioned \$191 million invested over two years is for the Alternative Levels of Care (ALC) strategy (over \$46 million in 2005/06). A limited number of specialized beds are being developed in some homes for patients from hospitals who do not require acute intensive medical care, but need a longer period of convalescent care. (Moving patients to ALC beds, frees up in-patient beds in hospitals and improves access through emergency departments.) The Ministry was in the midst of an RFP process to solicit proposals at the time of the hearings.

Funds from 2004/05 had been allocated to a number of homes in underbedded regions with severe needs, many of them in northern areas. A pilot project in Ottawa had seen 25 beds allotted to that municipality.³⁶

Supplementary Information

The Minister of Health and Long-Term Care announced the government's \$29.2 million investment in the ALC strategy on February 10, 2005. The strategy has three components: 1) the Interim Beds Program - \$10 million for up to 500 interim LTC beds for those waiting in hospital for a permanent LTC bed; 2) the New Convalescent Care Program - \$5.75 million for up to 340 convalescent care beds in LTC homes; and 3) the High Intensity Needs Fund - \$13.45 million for the purchase of equipment and supplies for the care of patients requiring the highest level of care in LTC homes.³⁷

During the hearings, Ministry staff were asked for data from the past five years on the number of hospital beds blocked by people awaiting admission to an LTC home.³⁸ A response was received following the hearings.

The Ministry did not collect or monitor placement data prior to 2003/04. In 2003/04, 8,267 people were placed in LTC from acute care hospitals. In 2004/05, the number was 8,324. The numbers represent clients placed during the year, rather than the number of placements. (Some clients were placed more than once, but are only counted once.) Only clients placed from acute care hospitals were counted. Additional clients were placed from complex continuing care and rehabilitation hospitals.

The Ministry also collects data from hospitals related to the ALC strategy. This data covers all patients waiting for placement in other settings of care including LTC. Between 2000 and 2003, while the number of ALC cases increased, the lengths of stay associated with these patients decreased by 8.5%. Typically, the majority of patients listed as ALC are waiting for placement in LTC homes.³⁹

Committee Recommendation

The Committee recommends that:

4. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the results of the RFP process for its Alternative Levels of Care strategy, including the number of beds being planned.

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to this recommendation within 120 days of the tabling of this report in the Legislature.

5. COMMITTEE RECOMMENDATIONS

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response to these recommendations within 120 days of the tabling of this report in the Legislature, unless otherwise specified in a recommendation.

1. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with the status of its examination of the Minimum Data

Set (MDS) as a consistent assessment and quality indicator, and when it expects to make a decision about the possible implementation of the MDS. The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response within 30 days of the tabling of this report.

2. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the results of its first and second surveys of long-term care homes' actual nursing hours and what actions related to staffing, if any, it plans to take in response to those results. The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response within 30 days of the tabling of this report.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee with the current status of its review of the bed allocation ratio of 100 beds per 1,000 population over the age of 75.

4. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Committee on the results of the RFP process for its Alternative Levels of Care strategy, including the number of beds being planned.

NOTES

¹ The overview is a revised and updated version of Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Long-Term Care Facilities Activity* (Toronto: The Committee, July 2003), pp. 1-2, which was based on Ontario, Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report* (Toronto: The Office, 2002), pp. 114-115.

² Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates (Hansard)* (5 May 2005): P379.

³ The 2002 audit reported that there were four funding envelopes: nursing and personal care; program and support services; raw food; and other accommodation costs. Updated information provided by Issues Media and Communications Planning, Communications and Information Branch, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto.

⁴ The source for the information in this paragraph is Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P379.

⁵ The information in the following two paragraphs was taken verbatim from Standing Committee on Public Accounts, *Long-Term Care Facilities Activity*, p. 3, which was based on Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, p. 118.

⁶ 'Under enforcement' means that a home has had infractions reported and is being monitored to ensure compliance with standards and regulations.

⁷ The following is a revised version of information appearing in Standing Committee on Public Accounts, *Long-Term Care Facilities Activity*, p. 4, which was based on Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 119-121.

⁸ Ontario, Office of the Provincial Auditor, *2004 Annual Report* (Toronto: The Office, 2004), p. 383.

⁹ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P379-P380 and P387.

¹⁰ *Ibid.*, pp. P380 and P384.

¹¹ *Ibid.*, pp. P384-P385.

¹² Letter from Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to Clerk, Standing Committee on Public Accounts, 13 June 2005.

¹³ Standing Committee on Public Accounts, *Long-Term Care Facilities Activity*, p. 21.

¹⁴ Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 125-126.

¹⁵ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P381.

¹⁶ *Ibid.*, pp. P383-P384.

¹⁷ Letter from Deputy Minister to Clerk.

¹⁸ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P383-P384.

¹⁹ Letter from Deputy Minister to Clerk.

²⁰ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P385.

²¹ The information in this section was taken verbatim from Standing Committee on Public Accounts, *Long-Term Care Facilities Activity*, pp. 11-12, which was based on Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 126-128.

²² Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P381-P382.

²³ *Ibid.*, pp. P385-P386; and e-mail from Issues Media and Communications Planning, Communications and Information Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to Researcher, Standing Committee on Public Accounts, 7 October 2005.

²⁴ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P379.

²⁵ *Ibid.*, pp. P381-P382.

²⁶ *Ibid.*, pp. P386-P387.

²⁷ *Ibid.*, p. P385.

²⁸ *Ibid.*, pp. P382-P383.

²⁹ *Ibid.*, pp. P387-P388.

³⁰ *Ibid.*, p. P388.

³¹ E-mail from Issues Media and Communications Planning, Communications and Information Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to Researcher, Standing Committee on Public Accounts, 23 June 2005.

³² Letter from Deputy Minister to Clerk.

³³ The information in this section was taken verbatim from Standing Committee on Public Accounts, *Long-Term Facilities Activity*, pp. 17-18, which was based on Office of the Provincial Auditor, *2002 Annual Report*, pp. 130-131.

³⁴ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P382 and P389.

³⁵ *Ibid.*, p. P387.

³⁶ *Ibid.*, pp. P387 and P390.

³⁷ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "McGuinty Government Speeds Access to Long-Term Care, Relieves Pressure on Hospitals," *Canada NewsWire*, 10 February 2005. Internet site at http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOE/2005/02/10/c2729.html?lmatch=&lang=_e.html accessed 6 September 2005.

³⁸ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P384.

³⁹ Letter from Deputy Minister to Clerk.

- des Soins de longue durée de l'Ontario, au chercheur du Comité permanent des comptes publics, le 23 juin 2005.
- ³² Lettre du sous-ministre au Greffier.
- ³³ L'information contenue dans cette section est un compte rendu textuel du rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 19-20, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 148-149.
- ³⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P382 et P389.
- ³⁵ Ibid., P387.
- ³⁶ Ibid., P387 et P390.
- ³⁷ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Le gouvernement McGuinty accélère l'accès aux soins de santé et atténue les pressions subies par les hôpitaux », *Canada NewsWire*, 10 février 2005. Site Internet à <http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/02/10/c2727.html?lmatch=&lang=f.html>, consulté le 6 septembre 2005.
- ³⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P384.
- ³⁹ Lettre du sous-ministre au Greffier.

- ¹ La vue d'ensemble est une version révisée et actualisée du rapport *Établissements de soins de longue durée*, Comité permanent des comptes publics, Assemblée législative de l'Ontario (Toronto : Le Comité, juillet 2003), p. 1-3, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario (Toronto : Le Bureau, 2002), p. 130-132.
- ² Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats* (Hansard) (5 mai 2005) : P379.
- ³ La vérification de 2002 faisait état de quatre enveloppes de financement : soins infirmiers et personnels, services des programmes et de soutien, aliments bruts et autres coûts d'hébergement. L'information actualisée a été fournie par les responsables de la planification des communications et des questions touchant les médias, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto.
- ⁴ La source de l'information contenue dans ce paragraphe est le Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P379.
- ⁵ L'information présentée dans les deux paragraphes suivants est un compte rendu textuel du rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 4, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 134-135.
- ⁶ « Sous surveillance » signifie que des infractions ont été déclarées pour la maison et qu'elle fait l'objet d'une surveillance pour assurer sa conformité aux normes et aux règlements.
- ⁷ Il s'agit d'une version révisée de l'information figurant dans le rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 4-5, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 135-137.
- ⁸ Ontario, Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2004* (Toronto : Le Bureau, 2004), p. 427.
- ⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P379-P380 et P387.
- ¹⁰ Ibid., P380 et P384.
- ¹¹ Ibid., P384-P385.
- ¹² Lettre du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario au Greffier du Comité permanent des comptes publics, datée du 13 juin 2005.
- ¹³ Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 24.
- ¹⁴ Bureau du vérificateur provincial, *Rapport annuel 2002*, p. 142-143.
- ¹⁵ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P381.
- ¹⁶ Ibid., P383-P384.
- ¹⁷ Lettre du sous-ministre au Greffier.
- ¹⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P383-P384.
- ¹⁹ Lettre du sous-ministre au Greffier.
- ²⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P385.
- ²¹ L'information contenue dans cette section est un compte rendu textuel du rapport du Comité permanent des comptes publics, *Établissements de soins de longue durée*, p. 13-14, qui reposait sur le *Rapport annuel 2002* du Bureau du vérificateur provincial, p. 143-145.
- ²² Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P381-P382.
- ²³ Ibid., P385-P386, et courriel envoyé par les responsables de la planification des communications et des questions touchant les médias, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, au chercheur du Comité permanent des comptes publics, le 7 octobre 2005.
- ²⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, P379.
- ²⁵ Ibid., P381-P382.
- ²⁶ Ibid., P386-P387.
- ²⁷ Ibid., P385.
- ²⁸ Ibid., P382-P383.
- ²⁹ Ibid., P387-P388.
- ³⁰ Ibid., P388.
- ³¹ Courriel envoyé par les responsables de la planification des communications et des questions touchant les médias, Direction des communications et de l'information, ministère de la Santé et

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de la progression de son examen du Fichier de données essentielles comme outil d'évaluation et indicateur de la qualité uniformes, et du moment où il compte prendre une décision quant à la mise en œuvre du Fichier, le cas échéant. Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.
2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats de son premier et de son deuxième sondage sur les heures réelles de soins infirmiers dispensés dans les maisons de soins de longue durée, et sur les mesures relatives à la dotation qu'il compte prendre, le cas échéant, à la suite de ces résultats. Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.
3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de l'état actuel de son examen du ratio d'allocation de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats du processus de demande de propositions pour sa Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins, y compris le nombre de lits qu'il prévoit d'établir.

jusqu'à 340 lits pour convalescents; 3) le Fonds d'aide à la prestation de soins spéciaux – une allocation de 13,45 millions de dollars permettant d'acheter l'équipement et les fournitures nécessaires pour les patients qui doivent recevoir le plus haut niveau de soins dans des centres de soins de longue durée³⁷.

Au cours des audiences, le Comité a demandé au personnel du ministère les données des cinq dernières années sur le nombre de lits d'hôpitaux occupés par des personnes attendant d'être admises dans une maison de soins de longue durée³⁸. Le Comité a obtenu une réponse à la suite des audiences.

Avant 2003-2004, le ministère ne recueillait ni ne surveillait les données sur les placements. En 2003-2004, 8 267 personnes provenant d'hôpitaux de soins actifs avaient été placées dans des maisons de soins de longue durée. En 2004-2005, ce nombre était passé à 8 324. Les chiffres représentaient les clients placés durant l'année, et non le nombre de placements. (Certains clients ont été placés à plus d'une reprise, mais ne comptaient que pour un seul placement.) On a compté uniquement les clients placés qui provenaient d'hôpitaux de soins actifs. D'autres clients provenant d'hôpitaux de réadaptation et de soins continus complexes ont aussi été placés.

Le ministère recueille aussi les données des hôpitaux se rapportant à la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins. Ces données couvrent tous les patients qui attendent d'être placés dans d'autres établissements de soins, y compris les maisons de soins de longue durée. Entre 2000 et 2003, le nombre de patients nécessitant un lit spécialisé a augmenté, mais la longueur de leur séjour a diminué de 8,5 %. En général, la majorité des patients nécessitant un lit spécialisé attendent d'être placés dans des maisons de soins de longue durée³⁹.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats du processus de demande de propositions pour sa Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins, y compris le nombre de lits qu'il prévoit d'établir.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

5. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit aux recommandations suivantes dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative, à moins d'indication contraire dans une recommandation.

Besoins des clients plus jeunes

On s'est inquiété des besoins de soins de longue durée des clients plus jeunes, c'est-à-dire ceux de moins de 65 ans. À la question de savoir si l'on avait envisagé des maisons pour ce groupe démographique, le personnel du ministère a répondu que la question n'était pas à l'ordre du jour pour l'instant, mais qu'elle le serait probablement ultérieurement. Le recours à des installations d'hébergement spécialisées sous la forme de maisons de soins de longue durée était considéré comme un dernier ressort. Dans le cadre de son examen de l'objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, le ministère étudiera probablement la question afin d'en arriver à une compréhension contextuelle plus vaste des questions en jeu³⁵.

Recommandation du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de l'état actuel de son examen du ratio d'allocation de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins

Une partie de l'investissement de 191 millions de dollars sur deux ans mentionné précédemment concerne la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins (plus de 46 millions de dollars en 2005-2006). Un certain nombre de lits spécialisés sont établis dans certains centres à l'intention des patients qui n'ont plus besoin de soins médicaux actifs ou intensifs dans un hôpital, mais qui ont besoin de temps pour se rétablir. (Le transfert des patients vers des lits spécialisés libère des lits dans les hôpitaux et améliore l'accès aux services d'urgence.) Le ministère s'occupait d'un processus de demande de propositions au moment des audiences. Les fonds de 2004-2005 avaient été affectés à un certain nombre de maisons dans des régions où il manquait de lits et où les besoins étaient criants, principalement dans les régions du Nord. Vingt-cinq lits avaient été alloués à Ottawa dans le cadre d'un projet pilote mené dans cette municipalité³⁶.

Renseignements supplémentaires

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé l'investissement gouvernemental de 29,2 millions de dollars dans la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins le 10 février 2005. La stratégie comporte trois volets : 1) le Programme des lits provisoires – une allocation de 10 millions de dollars pour établir jusqu'à 500 nouveaux lits provisoires de soins de longue durée (SLD) à l'intention des personnes qui attendent à l'hôpital qu'un lit permanent de SLD soit disponible; 2) le nouveau Programme de soins de convalescence – une allocation de 5,75 millions de dollars afin d'établir dans des centres de SLD

1997, la CRSS a diffusé un document de travail qui indiquait que l'Ontario aurait besoin de 15 404 lits de soins de longue durée supplémentaires en 2003, ce qui se traduirait par un ratio moyen de 96,4 lits par tranche de 1 000 personnes de 75 ans et plus.

En avril 1998, le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé en principe un plan du ministère demandant la construction de 20 000 nouveaux lits avant la fin de l'exercice 2005-2006 ainsi que la rénovation d'établissements comptant 13 583 lits qui ne répondaient pas aux exigences structurelles en vigueur. Le personnel du ministère a informé le personnel de vérification que malgré l'absence de normes ministérielles permettant de déterminer la demande de lits, le ministère cherchait à atteindre un objectif de 100 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le ministère a été incapable de dire comment il était arrivé à cet objectif, mais il était conforme à celui recommandé par la CRSS. Le vérificateur a noté que la future demande de lits dépendait de nombreux facteurs, dont la disponibilité des soins à domicile, des soins chroniques et d'autres services.

En se fondant sur l'attribution des nouveaux lits, en 2006 les ratios projetés dans les zones de service devraient varier entre 88 et 138 lits par tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Sans les nouveaux lits, ces ratios fluctueraient entre 38 et 138 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. En règle générale, les régions les plus susceptibles de dépasser l'objectif excédaient déjà celui-ci avant l'attribution et n'ont donc pas obtenu de nouveaux lits.

Le vérificateur a recommandé au ministère de faire des études pour déterminer si son objectif était approprié et d'élaborer une stratégie pour donner suite aux résultats des études.

Audiences du Comité

Le ministère, en particulier sa Direction de la planification et du renouvellement des soins de longue durée, s'emploie à élaborer une stratégie à long terme pour le secteur des soins de longue durée. Il se penche sur l'éventail complet des services offerts aux personnes âgées, et examine notamment la possibilité d'utiliser d'autres mesures des besoins. Cet exercice comprendra un examen des services offerts dans la collectivité et à domicile comme solutions de rechange au placement dans les maisons de soins de longue durée. Ce travail donnera lieu à la formulation de recommandations à l'autisme pour les maisons de soins de longue durée.

Le ministère continue d'apporter des améliorations clés. Le nouveau cadre législatif proposé en est une composante importante : normes modernisées, comptes rendus publics, cadre d'évaluation des risques et adoption du Fichier de données essentielles sur les besoins de soins. Ces domaines de réforme clés, qui font actuellement l'objet d'un projet pilote, permettront d'améliorer la qualité de vie générale des pensionnaires³⁴.

pour la période de 2001 à 2003. (La moyenne provinciale est pondérée par le nombre de lits dans chaque secteur³¹) Les chiffres n'étaient pas disponibles pour l'année 2004 parce que le rapprochement pour cette année n'avait pas été effectué. Les chiffres de 2003 sont des données préliminaires, parce que le rapprochement pour l'année 2003 était en cours³².

TYPE D'ÉTABLISSEMENT		2001	2002	2003
Institution de bienfaisance	Foyer municipal pour les aînés	5,40 \$	5,53 \$	5,74 \$
	Maison de soins infirmiers	4,69 \$	4,81 \$	5,15 \$
	ÉTABLISSEMENT PROVINCIAL	5,04 \$	5,12 \$	5,40 \$

Recommandation du Comité

Le Comité recommande donc ce qui suit :

2. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité des résultats de son premier et de son deuxième sondage sur les heures réelles de soins infirmiers dispensés dans les maisons de soins de longue durée, et sur les mesures relatives à la dotation qu'il compte prendre, à la suite de ces résultats.

Le Comité demande que le ministre transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

4. PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE

4.1 Allocation des lits de soins de longue durée

Rapport 2003 du Comité³³

Le rapport de vérification de 1995 soulignait que le ministre n'avait élaboré ni stratégie pour faire face à l'augmentation prévue de la demande de lits de soins de longue durée, ni plan d'ensemble pour identifier les régions où les besoins étaient les plus pressants.

À l'automne 1996, le ministre a établi le Comité directeur de répartition des lits de soins de longue durée et d'étude des besoins pour examiner les façons d'assurer une répartition équitable des lits et recommander les modifications à apporter aux lois ou aux politiques pour faciliter la répartition.

Dans son rapport présenté en 1997, le Comité directeur soulignait que les lits financiers et réglemmentés par la province avaient été répartis de façon inéquitable et que cette répartition avait été le fait d'un accident plutôt que d'une planification basée sur les besoins. Il a recommandé au ministre d'entreprendre une étude plus approfondie afin d'établir un objectif quant au nombre requis de lits de soins de longue durée et l'a exhorté à tenir compte de ses recommandations conjointement avec celles de la Commission de restructuration des services de santé (CRSS). En

d'application, ce qui signifie que tant le nombre de pensionnaires que les niveaux d'effectif diminueront²⁷.

Financement spécial

La formule de financement est axée sur les besoins de soins des pensionnaires. Elle ne tient pas compte des différences qui ont des répercussions sur la structure de coûts des maisons (p. ex., âge, superficie, personnel syndiqué ou non syndiqué). Les augmentations du financement d'une année à l'autre visent à tenir compte de ces différences.

Les maisons reçoivent des enveloppes de financement spécial, notamment pour leur permettre de se conformer aux dispositions législatives touchant la main-d'œuvre. Dans les maisons où l'équité salariale doit être prise en compte, le ministère accorde des fonds supplémentaires pour tenir compte des pressions que ce facteur exerce sur les coûts. Il accorde aussi des montants spéciaux au titre des impôts municipaux, pour tenir compte des différences dans ce domaine à l'échelle de la province.

D'autres enveloppes de financement visent à remédier aux écarts historiques, c'est-à-dire dans le cas des maisons dont la structure de coûts a changé (p. ex., il s'agissait initialement d'un établissement de soins chroniques). Au moment des audiences²⁸, il existait des arrangements de transition spéciaux pour certaines maisons.

Des allocations ont aussi été versées cette année au titre des ajustements du niveau de soins. Le besoin de revenus supplémentaires pour compenser l'augmentation des salaires a été partiellement pris en compte au moyen d'une allocation distincte. Le ministère s'attend à ce que cette allocation se traduise par une augmentation substantielle du nombre d'heures de soins infirmiers et personnels²⁹.

Nutrition

En réponse aux questions concernant la nutrition et le montant prévu pour les aliments bruts dans l'enveloppe de financement de l'hébergement, le personnel du ministère a indiqué que le montant minimum consacré aux aliments bruts est de 5,24 \$ par jour par pensionnaire. Au cours de la dernière année, le personnel du ministère a travaillé à la rédaction d'un projet de règlement traitant de la nutrition et de l'hydratation. (Les pratiques en vigueur dans d'autres administrations ont été examinées dans le cadre de ce travail.) Le ministère considérerait qu'il s'agissait là d'une priorité étant donné que l'état de santé général est tributaire d'une bonne nutrition. Le nouveau règlement sera connu à l'automne dans le cadre de l'ensemble des dispositions réglementaires et législatives proposées par le ministère³⁰.

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, le ministère a transmis au Comité un tableau montrant les tarifs quotidiens moyens réels au titre des aliments bruts par type de maison,

Le ministère s'apprête à imposer à tous les exploitants en 2005 la présentation de rapports trimestriels sur la dotation²². Ce processus sera la principale façon de surveiller la conformité aux ententes de services. En avril 2005, le ministère a reçu les résultats de son premier sondage exigeant que toutes les maisons déclarent le nombre d'heures réel de soins infirmiers par catégorie et les dépenses connexes pour une période de temps donnée. Les résultats du sondage permettront d'établir un montant de base au titre des effectifs infirmiers et des heures de soins infirmiers dispensés. Le sondage portait sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2004 et précédait le financement octroyé aux maisons en octobre de la même année.

Un deuxième sondage envoyé pour la période suivante devait être retourné avant la fin de mai 2005. Les résultats du premier sondage faisaient l'objet d'une analyse au moment des audiences et le ministère attendait qu'une quarantaine de maisons lui retournent le deuxième sondage. Le ministère compte ensuite analyser les données et présenter un rapport, probablement vers le milieu de l'année. Ce processus deviendra une exigence de déclaration régulière²³.

Depuis 2003, le gouvernement a adopté des règles visant à assurer la présence d'infirmiers et infirmières autorisés nuit et jour, sept jours sur sept, dans toutes les maisons et au moins deux bains par semaine par pensionnaire²⁴.

Le ministère prévoit qu'une révision des exigences de compte rendu du système de financement actuel du programme réglera un grand nombre des problèmes complexes qui se posent au secteur. Afin d'améliorer la capacité ministérielle d'évaluer les besoins de dotation et de soins pour les pensionnaires et de définir les besoins sur le plan de l'affectation des ressources, le ministère a lancé un projet visant à étudier la possibilité de mettre en œuvre le Fichier de données essentielles dans les maisons de soins de longue durée²⁵.

Dotation et dispositions législatives

Quand on lui a demandé s'il examinait des éléments tels que les ratios infirmières et infirmiers ou aides aux soins personnels/pensionnaires et l'efficacité des employés permanents par rapport aux employés contractuels du point de vue de la nouvelle loi, le personnel du ministère a répondu que ces questions étaient à l'étude. Il a été question des processus d'examen des politiques pour ce qui est du financement et des normes de soins. Le travail effectué actuellement sur le plan des heures de dotation permettra d'établir un plancher. À l'intérieur d'une fourchette flexible, le ministère s'apprête à préciser les attentes en matière de dotation²⁶.

Niveaux de dotation

En réponse à une question, le personnel du ministère a déclaré au Comité que trois facteurs sont susceptibles de donner l'impression que les effectifs ont été réduits dans les maisons : le changement de capacité, la formule de financement (c'est-à-dire, des ajustements d'une année à l'autre) et le taux d'occupation. Dans ce dernier cas, le ministère peut geler les admissions dans le cadre de sa fonction

soins infirmiers et personnels afin d'arriver aux niveaux de financement appropriés. Avant 1996, le ministère exigeait que chaque établissement ait une infirmière ou un infirmier autorisé de service et sur place en tout temps. Il garantissait un financement suffisant pour que chaque pensionnaire reçoive, en moyenne, au moins 2,25 heures de soins infirmiers et personnels par jour. Ce financement devait être fourni quels que soient les besoins globaux des pensionnaires dans chaque maison de soins infirmiers.

En 2001, le ministère a fourni les fonds nécessaires pour que PricewaterhouseCoopers puisse examiner et comparer les services offerts aux pensionnaires des établissements de l'Ontario et ceux fournis ailleurs au Canada. L'Ontario portait uniquement sur la quantité de soins fournis. Les données d'un grand nombre de administrations comparatives étaient antérieures de trois à cinq ans à celles de l'Ontario. Plusieurs de ces administrations devaient soumettre leurs données à des fins de financement, ce qui pouvait avoir un impact sur leur qualité, selon les experts-conseils. Malgré ces réserves, le rapport disait que les résultats de l'étude indiquaient que les pensionnaires des établissements de l'Ontario recevaient moins de services de soins infirmiers et de thérapie que dans d'autres régions avec des populations semblables. Les pensionnaires de l'Ontario affichaient aussi d'importants écarts au chapitre des niveaux de dépression, des niveaux cognitifs et des problèmes de comportement.

D'après le personnel de vérification, rien n'indiquait que le ministère ait donné suite aux résultats de l'étude. Il a également noté que 36 États américains avaient établi des exigences ou des normes en matière de dotation. Au moment de la vérification, le ministère n'avait pas d'exigences en matière de dotation et ne surveillait pas les ratios employés/pensionnaires de chaque établissement, le nombre d'heures de soins prodigués aux pensionnaires par des infirmières et infirmiers autorisés, ni le rapport entre le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et le nombre d'infirmières et infirmiers non autorisés.

Le vérificateur a recommandé au ministère de vérifier la suffisance des tarifs standard en vigueur dans chaque catégorie de financement, d'élaborer des normes pour mesurer la capacité des établissements à fournir les services et d'élaborer des normes de dotation appropriées pour les établissements.

Audiences du Comité

L'élaboration de renseignements sur la dotation a commencé en 2004. Le ministère s'affaire à renforcer les exigences de déclaration qui figurent dans les ententes de services. L'entente de services de 2004 contenait une disposition qui permet au ministère de demander aux exploitants de lui fournir de l'information sur les niveaux de service et la dotation et sur toute autre question liée à l'exploitation d'une maison. De plus, dans le cadre des examens annuels et des autres inspections, le personnel de la conformité surveille et évalue les structures de dotation.

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, le Comité a appris que la fourchette actuelle de tarifs quotidiens au titre des soins infirmiers et personnels se situe entre 22,71 \$ et 117,68 \$, d'après les résultats de la classification de 2004. L'enveloppe de financement moyenne au titre des soins infirmiers et personnels était de 67,27 \$ au 1^{er} avril 2005¹⁹.

Soins spécialisés

Quand le Comité lui a demandé s'il y avait des maisons qui avaient tendance à offrir des soins spécialisés, le personnel du ministère a répondu qu'il n'y avait pas de ségrégation volontaire des pensionnaires. Il est possible que certaines maisons aient des domaines spécialisés (p. ex., la santé mentale), tandis que d'autres ont des unités séparées pour s'occuper d'une même catégorie de patients. De même, les patients qui sont alités ou qui nécessitent certains soins infirmiers peuvent être regroupés dans des sections différentes de la maison pour assurer une prestation plus uniforme des soins infirmiers. Bien qu'il n'y ait aucune maison où la moitié ou la totalité des pensionnaires correspond à une catégorie de soins en particulier, le ministère examine de quelle façon les maisons répondent aux besoins de soins spécialisés, de façon à pouvoir fournir des lignes directrices aux autres maisons ultérieurement²⁰.

3.2 Suffisance du financement quotidien

Rapport 2003 du Comité²¹

En 1995, le vérificateur a recommandé au ministère d'utiliser l'information relative au coût des soins et du logement pour vérifier l'exacitude des tarifs standard payés dans chaque enveloppe. Le ministère a apporté des ajustements périodiques, mais il n'a pas fait d'analyse détaillée pour déterminer le financement approprié.

En juin 2000, le ministère a établi un comité pour qu'il examine les modalités d'établissement, d'allocation et de distribution du financement et qu'il recommande des améliorations à l'actuelle méthode basée sur les tarifs quotidiens. Le comité a recommandé d'augmenter chaque enveloppe, mais n'a pas parlé de la suffisance du financement.

Pour les deux années précédant la vérification, le ministère a produit des rapports des dépenses qui indiquaient, pour chaque établissement, les montants réellement dépensés par pensionnaire par jour pour chaque type de dépenses et pour chaque enveloppe de financement. Les données sur les coûts sont accumulées par secteur à l'intérieur de chaque région. Dans le cadre de l'examen des rapports de 1999 produits pour les trois régions visitées, le personnel de vérification a relevé d'importants écarts entre les secteurs et entre les établissements au chapitre des dépenses liées aux soins infirmiers et personnels et des frais d'hébergement.

En 1995, le vérificateur a recommandé que le ministère élabore des normes pour mesurer la capacité des établissements à prodiguer des soins de qualité et qu'il mette au point des modèles de composition du personnel requis pour offrir les

La classification des pensionnaires ne repose pas sur leur diagnostic, mais plutôt sur leurs besoins de soins dans trois domaines : les activités quotidiennes, les comportements quotidiens et les niveaux de soins continus (niveaux d'incontinence).

Selon ses besoins en matière de soins, un pensionnaire peut être placé dans n'importe quelle catégorie entre A et G, « A » correspondant à des soins légers et « G » à des soins assidus. Le tarif quotidien d'une maison au titre des soins infirmiers et personnels repose sur le pourcentage de pensionnaires dans chaque catégorie, multiplié par la pondération de la catégorie et divisé par le nombre de pensionnaires classés que compte la maison. La pondération varie entre 30,92 \$ pour la catégorie A et 160,21 \$ pour la catégorie G. Plus le pourcentage de pensionnaires classés dans une catégorie de soins assidus est élevé, plus le pourcentage de financement octroyé à la maison au titre des soins infirmiers et personnels sera élevé.

Plus de 64 000 pensionnaires ont fait l'objet de la classification effectuée à l'automne 2004. Ce nombre correspond à la quasi-totalité de la population des soins de longue durée hébergée dans les maisons. Les seules exceptions étaient les pensionnaires nouvellement admis ou ceux qui se trouvaient dans des maisons qui ont ouvert leurs portes entre les classifications.

Le codage des besoins de soins des pensionnaires est effectué par des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du secteur des soins de longue durée dont les services sont retenus par le ministère pour la période de classification d'une durée de trois mois. Ils examinent divers aspects pour déterminer les besoins de soins infirmiers et personnels des pensionnaires. L'examen porte notamment sur un ensemble de comportements documentés (p. ex., obstacles sur le plan du langage, mémoire et orientation, paranoïa, délire).

La classification établit la composition de la clientèle tant pour les soins documentés que pour les soins observés. La composition de la clientèle d'une maison est le reflet des niveaux de soins de l'ensemble de ses pensionnaires. Comme l'indice de composition de la clientèle est un nombre relatif, une maison ayant des niveaux de soins moyens aura un indice de 100¹⁷.

Niveaux de financement

Le Comité s'est informé de la fourchette de financement prévue pour un pensionnaire de niveau A par rapport à un pensionnaire de niveau G. D'après les employés du ministère, l'indice de composition de la clientèle est fondé sur la population d'une maison et sur sa situation par rapport aux autres maisons; ils n'ont pas été en mesure de relier l'indice à un pensionnaire individuel¹⁸.

vérifications commencent par la réévaluation d'au moins 20 pensionnaires et sont basées sur la documentation des soins et l'observation directe. Si la clientèle pour ces pensionnaires dépasse leur classification annuelle de plus de 10 %, le ministère procède à une vérification exhaustive pour tous les pensionnaires hébergés dans l'établissement au moment de la classification annuelle. Selon la politique du ministère, si la vérification exhaustive révèle un écart de plus de 10 % des soins documentés et observés par rapport à la classification annuelle, le ministère songera à augmenter ou à réduire le financement en conséquence. Dans une note de service adressée à tous les bureaux régionaux en décembre 2000, le ministère faisait remarquer que, depuis le début du processus de vérification et d'appel, la politique prévoyant une baisse du financement n'avait pas été appliquée quand elle aurait dû l'être.

Le ministère offre des séminaires pour aider les établissements à améliorer leur documentation des soins requis par les pensionnaires. Il ne pénalise pas les établissements dont il sait ou soupçonne fortement, d'après les vérifications, qu'ils exagèrent les besoins des pensionnaires.

Le vérificateur a recommandé que le ministère apporte des ajustements, au besoin, au financement après avoir vérifié la classification des niveaux de soins conformément à sa politique.

Audiences du Comité

Le ministère a prévu un processus permettant de faire appel des résultats des vérifications de la classification des niveaux de soins. Depuis avril 2003, il existe une politique suivant laquelle le financement est ajusté à la hausse ou à la baisse, au besoin, à la suite des vérifications¹⁵.

Processus de classification

L'outil de classification employé par le ministère, à savoir l'Alberta Residential Classification System, a été instauré au début des années 1990. Il est utilisé par les quelque 150 infirmières et infirmiers compétents qui effectuent les évaluations chaque année à l'automne.

Les évaluateurs examinent les indicateurs clés (p. ex., la capacité de faire face à la situation, la capacité d'exécuter les activités quotidiennes) et établissent un indice du niveau de besoins d'après ces indicateurs. En se fondant sur l'indice, ils définissent à quelle catégorie appartient un pensionnaire (de A à G). Ils établissent ensuite la moyenne de la population de pensionnaires d'une maison et la comparent aux mesures provinciales.

Le Fichier de données essentielles mentionné précédemment fournira de meilleures bases aux renseignements cliniques des pensionnaires. Il faut disposer de davantage de renseignements pour peaufiner cette méthode d'établissement du niveau de soins et inclure des aspects des soins aux pensionnaires que l'outil actuel ne prend pas correctement en compte¹⁶.

Le ministère se penche également sur un outil d'évaluation commun combiné à un suivi sous la forme d'un indicateur de la qualité, à savoir le Fichier de données essentielles. Employé dans plus de 20 administrations, le Fichier de données essentielles s'inscrit dans la recherche clinique et la pratique empirique. Le ministère a en outre consulté la Veteran's Administration, du gouvernement fédéral américain, qui est un chef de file de l'application d'indicateurs clés de la qualité des soins¹².

Recommandation du Comité

Au cours des audiences du Comité sur la section 3.04, Établissements de soins de longue durée, du *Rapport annuel 2002* du vérificateur, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a indiqué qu'il songeait à adopter le Fichier de données essentielles, le décrivant comme un instrument plus moderne « qui lui fournirait des données qu'il ne possède pas à l'heure actuelle¹³ ». Deux ans plus tard, le ministère étudie toujours le Fichier.

Le Comité recommande donc ce qui suit :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fait rapport au Comité de la progression de son examen du Fichier de données essentielles comme outil d'évaluation et indicateur de la qualité uniformes, et du moment où il compte prendre une décision quant à la mise en œuvre du Fichier, le cas échéant.

Le Comité demande que le ministère transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit à cette recommandation dans les 30 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.

3. FINANCEMENT QUOTIDIEN

3.1 Niveaux de soins

*Rapport annuel 2002 du vérificateur*¹⁴

Les niveaux de soins requis par les pensionnaires de chaque établissement sont déterminés au moyen d'une évaluation annuelle. Les évaluateurs examinent les dossiers et le régime de soins des pensionnaires, et ceux-ci sont ensuite classés dans une des sept catégories de soins infirmiers et personnels. Un facteur de pondération axé sur les besoins évalués des pensionnaires est attribué à chaque catégorie. Le pourcentage de pensionnaires dans chaque catégorie est multiplié par le facteur de pondération correspondant afin de déterminer la clientèle de l'établissement.

Une diminution de la clientèle d'un établissement se répercute sur son tarif quotidien pour les soins infirmiers et personnels. Un établissement peut en appeler de sa classification si sa clientèle baisse de plus de 7 % par rapport à l'année précédente. Depuis 1997, le ministère vérifie chaque année la classification attribuée à un échantillon d'établissements pour les niveaux de soins. Les

Audiences du Comité

Le ministère exerce maintenant une surveillance plus rigoureuse et plus uniforme, dans le cadre du PIC, des progrès réalisés individuellement par les maisons pour satisfaire aux normes. Un effectif composé de 65 professionnels à temps plein exécute le PIC au niveau régional, comparativement à 23 en 1998. (Une unité de l'application des mesures législatives a été créée en février 2003⁸.) La haute direction des bureaux régionaux évalue les résultats des inspections afin de prendre des mesures correctives ou préventives au besoin.

Le ministère effectue maintenant des inspections annuelles de toutes les maisons sans avis préalable et assure dans tous les cas le suivi des plaintes ou des incidents inhabituels déclarés. Depuis janvier 2004, plus de 4 000 inspections ont été exécutées, dont des inspections annuelles. (Toutes les inspections annuelles sont exécutées sans avis préalable depuis cette date.)

Au moyen d'un lien sur le site Web du ministère, les personnes âgées et les familles ont maintenant accès à de l'information sur les maisons individuelles et sur la qualité des soins qu'elles dispensent.

Le ministère a entrepris une révision des normes relatives aux programmes et services de soins afin d'assurer une application uniforme des normes dans le cadre des inspections. À l'automne 2004, tout le personnel de conformité et d'application a reçu de la formation sur les normes proposées. Une nouvelle loi régissant l'ensemble des maisons de soins de longue durée sera déposée plus tard en 2005 et devrait incorporer les nouvelles normes.

Afin d'accroître l'uniformité des inspections et de renforcer les outils mis à la disposition des équipes de la conformité, le ministère tient des séances de formation annuelles sur la conformité⁹.

Cadre de gestion des risques

Beaucoup d'efforts ont été consacrés à l'élaboration d'un cadre de gestion des risques qui sera terminé sous peu. Ce cadre vise à utiliser les renseignements reçus et consignés pour orienter et accélérer les inspections. Il permettra d'identifier des indicateurs de risque et d'utiliser cette information pour remédier aux problèmes et envisager l'application systématique de politiques ou de normes pour réduire le risque¹⁰. Les membres du Comité ont appris que le cadre est employé dans d'autres secteurs de la santé pour garantir le maintien de normes optimales en matière de qualité des soins¹¹.

Renseignements supplémentaires

Au cours de l'élaboration du cadre de gestion des risques, le ministère s'est informé des pratiques en vigueur dans les autres provinces en ce qui a trait aux indicateurs de risque utilisés, à leur mode d'application dans les processus d'inspection et de collecte des données, et pour savoir si ces pratiques comprennent l'application de facteurs d'ajustement en fonction du risque ou de facteurs de pondération des risques.

conseillères en conformité (infirmières ou infirmières autorisées – inf.aut.). Certains ont aussi accès aux services de conseillers ou conseillères pour les examens plus spécialisés. Les conseillers en conformité inspectent les établissements pour s'assurer qu'ils respectent les exigences du Manuel du programme des établissements de soins de longue durée du ministère. Les établissements qui ne satisfont pas à ces exigences doivent prendre des mesures correctives appropriées en temps opportun et ceux qui continuent d'enfreindre les normes peuvent être placés sous surveillance⁶.

2.1 Inspections annuelles

Rapport de 2003 du Comité⁷

Les trois lois qui régissent les établissements de soins de longue durée confèrent au ministère le droit d'inspecter les établissements afin d'assurer leur conformité aux lois et règlements, aux ententes de services et/ou aux exigences du permis. La politique du ministère stipule que des examens doivent être effectués au moins une fois par année. L'inspection annuelle vise à surveiller et évaluer la qualité des soins et services aux pensionnaires, la qualité des programmes ainsi que le fonctionnement global de chaque établissement. Les résultats de l'inspection annuelle sont affichés dans chaque établissement.

Entre 1997 et 1999, moins de la moitié des établissements ont subi des inspections annuelles. En 2000, le ministère a annoncé que tous les établissements seraient inspectés chaque année; ils l'ont tous été en 2001. Le personnel de vérification a examiné le processus d'inspection et noté que la haute direction ne vérifiait pas les résultats des inspections de façon systématique.

Le personnel de vérification a également noté que le ministère n'avait pas d'approche formelle d'évaluation des risques lui permettant de prioriser les procédures d'inspection ou de concentrer ses efforts sur les établissements qui ont l'habitude d'enfreindre les normes de qualité provinciales. Les deux associations qui représentent les exploitants des établissements ont informé le personnel de vérification que leurs membres avaient indiqué que les normes de conformité n'étaient pas appliquées de manière uniforme.

Les établissements peuvent être avertis d'une inspection annuelle jusqu'à une semaine à l'avance. Il s'ensuit que certains peuvent en profiter pour se préparer à l'inspection et que leurs résultats ne reflètent pas nécessairement les soins habituels prodigués.

Le vérificateur a recommandé que le ministère s'assure que la haute direction vérifie les résultats des inspections annuelles des établissements, mette en œuvre, pour ces inspections annuelles, une approche formelle d'évaluation des risques, assure une application uniforme des normes, établisse des périodes de notification acceptables et soumette les établissements à risque élevé à des inspections surprises et détermine l'expérience et les compétences requises pour inspecter les établissements et maintenir un dosage approprié de spécialistes.

maisons de repos et de retraite ne reçoivent pas de fonds du ministère et ne sont pas visées par ces lois.

Les admissions sont autorisées par des coordonnateurs des placements désignés, dans le cadre des centres d'accès aux soins communautaires (CASC). L'admissibilité d'une personne repose sur une évaluation de sa déficience ou de sa capacité et sur une évaluation des renseignements concernant ses besoins en matière de traitement médical, de soins médicaux ou d'autres soins personnels.

La principale responsabilité du ministère est de veiller à ce que les maisons assurent la prestation des services conformément aux ententes de services qu'elles ont conclues avec celui-ci et en conformité avec les lois et politiques applicables.

En 1998, le gouvernement a annoncé un plan, échelonné sur huit ans, pour la fourniture de 20 000 nouveaux lits de soins de longue durée et la rénovation de maisons non conformes aux normes contenant en tout 13 583 lits. En mars 1999, il a annoncé que les nouveaux lits seraient disponibles en 2004. En ce qui concerne le nombre de lits dans les maisons non conformes qui seront renouvelées d'ici 2006, ce nombre a été révisé à 15 835. Au début de 2000, un bureau du Projet de réaménagement des soins de longue durée a été établi pour prendre en charge l'exécution du plan. (En 1998, la province comptait 57 000 lits de soins de longue durée; au moment des audiences, il y en avait 74 000².)

Le financement provient de trois enveloppes fondées sur des tarifs quotidiens : soins infirmiers et personnels, services des programmes et de soutien, autres coûts d'hébergement, y compris les aliments bruts³. Le tarif quotidien applicable dans chaque cas est prescrit par règlement. Les tarifs quotidiens sont les mêmes pour toutes les maisons, sauf le tarif des soins infirmiers et personnels, qui est basé sur l'évaluation du niveau de soins pour chaque pensionnaire. Les pensionnaires versent une quote-part au titre du logement et des repas et ils peuvent obtenir de l'aide au besoin pour ce faire.

Le budget provincial de 2004 prévoyait un investissement global d'environ 2,5 milliards de dollars pour assurer le soin des pensionnaires dans les maisons de soins de longue durée. (Les dépenses ont augmenté de 1 milliard de dollars entre 2001 et 2004.) À la suite du budget, un montant supplémentaire de 191 millions de dollars a été investi sur une période de deux ans (2004-2005 et 2005-2006) pour améliorer les soins et les services⁴.

2. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS⁵

Le Programme d'inspections de conformité (PIC) est le principal outil de surveillance de la qualité des soins. Selon les modalités du PIC, le ministère effectue des inspections annuelles de tous les établissements, mène d'autres inspections à la demande de spécialistes et fait enquête dans les cas de plaintes. La responsabilité du PIC relève des bureaux régionaux. Chacun de ces bureaux compte un gestionnaire des soins de longue durée et des conseillers ou

PRÉAMBULE

Le vérificateur général (le vérificateur)* a présenté un rapport de suivi sur la vérification de 2002 de l'activité Établissements de soins de longue durée dans la section 4.04 de son *Rapport annuel 2004*. Le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur ce rapport de suivi le 5 mai 2005 auxquelles ont pris part des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le présent rapport contient les conclusions et les recommandations du Comité relativement aux aspects qui ont particulièrement retenu l'attention de ses membres. *On trouvera le contenu intégral des audiences dans le Journal des débats, lequel constitue le registre officiel des audiences.*

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de leur présence aux audiences. Il est par ailleurs reconnaissant de l'aide qui lui a été apportée au cours des audiences par le Bureau du vérificateur général, le Greffier du Comité et le personnel de la Direction des services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative.

Le Comité avait tenu des audiences en février 2003 et publié en juillet de la même année un rapport sur le rapport de vérification de l'activité Établissements de soins de longue durée qui figurait dans la section 3.04 du Rapport annuel 2002 du vérificateur.

Les termes « établissements » et « maisons » ou « centres » de soins de longue durée sont employés tous trois dans le présent rapport. Avant la fin de 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée utilisait surtout le premier terme; il utilise depuis les deux autres.

Réponse du ministère au rapport du Comité

Le Comité demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée transmette au Greffier du Comité une réponse par écrit dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative de l'Ontario, sauf indication contraire dans une recommandation.

1. VUE D'ENSEMBLE¹

Les maisons de soins de longue durée fournissent soins et services aux personnes qui sont incapables de vivre de façon autonome et qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24. Elles exercent leurs activités en vertu de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, de la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* et de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*. Ces lois, ainsi que leurs règlements d'application, précisent les exigences en matière d'admission et de soins à prodiguer aux pensionnaires, les droits des pensionnaires, les responsabilités des maisons et les obligations du ministère. Les

* Anciennement le vérificateur provincial.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
Réponse du ministre au rapport du Comité	
1. VUE D'ENSEMBLE	1
2. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS	2
2.1 Inspections annuelles	3
3. FINANCEMENT QUOTIDIEN	5
3.1 Niveaux de soins	5
3.2 Suffisance du financement quotidien	8
4. PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DES SOINS DE LONGUE DURÉE	12
4.1 Allocation des lits de soins de longue durée	12
5. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	15
NOTES	17

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

2^e SESSION, 38^e LÉGISLATURE

NORMAN STERLING
Président

JULIA MUNRO
Vice-présidente

RICHARD PATTEN

LIZ SANDALS

DAVID ZIMMER

LAUREL BROTEN

JIM FLAHERTY

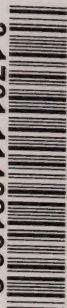
SHELLEY MARTEL

BILL MAURO

Susan Sourial
Greffière du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

3 1761 11468196 8



2^e session, 38^e législature
54 Elizabeth II

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE
(Rapport annuel du vérificateur provincial 2004, section 4.04)

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

Assemblée
législative
de l'Ontario



Legislative
Assembly
of Ontario